Zur Problematik des Alters und Alterns

Bemerkungen über Einsamkeit und Selbstmord älterer Mitmenschen*

Von Dipl.-Psych. U. Kobbé

Klinik für med. Rehabilitation und Geriatrie im Krankenhaus der Henriettenstiftung Hannover

Einsamkeit und Suizid im Alter

1. Die zentrale Quelle unseres Fühlens und Denkens ist die Wahrnehmung von uns selbst und der anderen. Auch **Gefühle der Einsamkeit beziehen sich auf unsere Wahrnehmung und unsere Interpretation der Wirklichkeit.** Einsamkeit hat etwas mit anderen Menschen und mit ganz bestimmten Formen menschlicher Beziehungen zu tun. Sie selbst kann sehr unterschiedliche Bedeutung und verschiedene Ausdrucksformen haben:

- sie kann im positiven Sinne als erwünscht empfunden werden etwa im Sinne eines Auf-sich-Zurückziehens, einer Selbstbesinnung –
- ebenso kann sie in ihrem negativen Aspekt Gefühle des Alleingelassen-Seins, der Entfernung oder Entfremdung von anderen hervorrufen –
- auch in Gesellschaft anderer kann man einsam sein (Unterscheidung von Isolation und Einsamkeit).

1.1. Diese letzten beiden Punkte beziehen sich auf eine Angst, die jeder hat: **die Angst, allein gelassen zu werden.**
Wir können solche Ängste beispielsweise durch Aktivitäten unterdrücken, die Ablenkung verschaffen:

- dies ist im Krankenhaus für Patienten wie für das Personal wegen fehlender Gelegenheiten und fest eingeteiltem Tagesablauf nicht möglich;
- Ablenkungen in Form von Besuchen von Veranstaltungen (Vereine/Kino/Theater/Kneipe) fallen weg;
- andere Ablenkungen wie Fernsehen und Musikhören sind nur zeitweise und unter besonderer Berücksichtigung anderer möglich;
- Lesen, Malen, selbst Musizieren und anderer aktiver Zeitvertreib sind oft aufgrund von krankheits- oder altersbedingten Behinderungen nicht möglich;
- selbst die gewohnte Umgebung, die vertraute Dinge beinhaltet und Vertrauen schafft, ist nicht mehr vorhanden: der Einzelne wird zum anonymen Patienten.

Hiermit befindet sich der Patient in einer Umgebung, die von dem Soziologen GOFFMANN als ,,totale Institution" bezeichnet worden ist; danach haben ,,totale Institutionen" folgende Merkmale:

a) Alle Angelegenheiten des Lebens finden an einer Stelle unter einer Autorität statt.
b) Allen Betroffenen wird mehr oder weniger die gleiche Behandlung zuteil.
c) Alle Phasen des Tages sind exakt geplant, gehen ineinander über, sie sind durch ein Netz von Regeln von oben her bestimmt.
d) Alles Tun dient angeblich dazu, die offiziellen Ziele der Institution zu erreichen.

1.2. Unsicherheit, Angst und Einsamkeit haben zum Teil **fehlendes Vertrauen** zu anderen und in sich selbst als Ursache: Vertrauen entsteht durch sogenannte ,,gute Beziehungen" zu Orten, Gegenständen und natürlich besonders Personen.

- Für Patienten bringt das Gesprächsthema Nummer eins (ihre Krankheit) keine ,,gute Beziehung" mit sich, da sie hierbei auf sich selbst konzentriert und nur mit sich selbst beschäftigt sind.
- Die hierbei entstehende Krankheitshierarchie nach dem Motto ,,Ich bin aber noch viel schlechter dran als Sie...!" entfernt nicht nur den Einzelnen von seinen Mitpatienten, sondern schafft zusätzlich eine Distanz zur eigenen Krankheit = zur Wahrnehmung von sich selbst.
- Die Beziehungen zu Verwandten und Bekannten werden bei Besuchen auf die Probe gestellt: oft hat man sich nach dem ersten Besuch nichts mehr zu sagen, das Verhältnis zueinander erweist sich als Zweckbündnis zur Erreichung eines Zieles im Alltag oder lediglich als Gemeinsamkeit in Alter/Geschlecht/Beruf – wirklich persönliche Beziehungen existieren nur selten.
- Übrigens: auch Schwestern oder Pflegern können derartige Beziehungen zu anderen fehlen; etwa ein Drittel des Tages verbringe ich mit diesen ,,anderen", doch was für ein Verhältnis habe ich zu den Kollegen der Station?, zu den anderen Therapeuten?, zu den Angestellten in der Verwaltung? und nicht zuletzt zu den Patienten?

Zusammenfassend ist eine Person von der Wahrnehmung, der Erfahrung her ein Orientierungszentrum, vom Verhalten her eine Aktionsquelle:
d. h. ich erfahre mich durch die Reaktion der anderen als der, der ich bin, und ich verhalte mich in bezug auf andere;
d. h. persönliches Handeln kann Möglichkeiten der Erfahrungsbereicherung eröffnen und erschließen – andererseits entspricht dieses Handeln aber auch unserer Sicht der Dinge/der Situationen/der anderen;
d. h. hinsichtlich des Krankenhauses, daß sowohl für den Kranken als auch für den dort arbeitenden Einzelnen die Sicht der Dinge in einer Erfahrung des Abhängig-Seins und der Einschränkung der Handlungsmöglichkeiten besteht.

1.3. **Wie nehme ich diese Abhängigkeit und Einschränkung meines Handelns wahr?**
Viele reagieren mit dem Gefühl der Hilflosigkeit*. Eine solche Empfindung kann für uns zugleich wieder (Warn-)Signal sein, auf das wir reagieren müssen.
Allgemein nimmt man beim Menschen und beim Tier das Vorhandensein eines aktiven **Kampf-Flucht-Mechanismus** und eines passiven **Stillhalte-Selbstaufgabe-Mechanismus** an, die sich in einem Gleichgewicht befinden. Eine Störung dieses ausbalancierten Zustandes durch extreme Einflüsse wie z. B. psychisch belastende Ungewißheit, Schmerzen oder Hilflosigkeit* führt zu einer Störung dieses Gleichgewichts mit zwei Möglichkeiten:

- Einmal kann es zu einem Andauern des Selbstaufgabe-Mechanismus kommen, so daß ich nur noch wenig auf Reize oder Personen reagiere und sich letztendlich mein Gefühl der Einsamkeit weiter verstärkt, ich darum noch mehr in dieser meiner Passivität verharre etc...
- Die zweite Möglichkeit ist ein rascher Wechsel zwischen beiden Verhaltensmöglichkeiten mit nach einiger Zeit besonders bei alten Menschen auftretenden Herz-

---

* Dieser Beitrag ist eine überarbeitete Zusammenfassung zweier Referate, die gehalten wurden auf einem Fortbildungstag für das Pflegepersonal des Krankenhauses der Henriettenstiftung und während des Fortbildungsseminars für Schwestern des Kaiserwerther Verbandes Deutscher Diakonissen-Mutterhäuser im Fachinstitut für medizinische Rehabilitation und Geriatrie der Henriettenstiftung.

* Von ärztlicher oder psychologischer Seite wird diese Hilflosigkeit oft mit dem diagnostischen Etikett ,,Depression" oder ,,depressive Verstimmung" belegt. Hilflosigkeit ist etwas, was wir alle irgendwann selbst empfinden, ,,Depressionen" dagegen werden die meisten von uns nicht bei sich feststellen wollen – dennoch ist beides oft identisch.

rhythmusstörungen, die bei Andauern dieser Situation zum Tode führen können.

1.4. Wodurch können wir diese Hilflosigkeit, dieses Alleinsein bei Patienten wahrnehmen? **Welche Signale führen uns zur Wahrnehmung von Einsamkeit?**

z. B. klingelt ein Patient andauernd und immer wieder wegen „Kleinigkeiten" (Bedürfnis nach dauerndem Umsorgt- und Betreutwerden);

z. B. führt ein Patient unter enormen Anstrengungen unermüdlich krankengymnastische Übungen durch und weist jeden darauf hin (Bedürfnis nach ständiger Anerkennung);

z. B. stellen Patienten Forderungen, die wegen personeller oder örtlicher Gegebenheiten nicht zu erfüllen sind und von uns als ziemlich unverschämt oder querulant wahrgenommen/empfunden werden (Bedürfnis, über andere Personen Kontrolle auszuüben);

z. B. kümmert sich ein Patient ohne darum gebeten zu sein und deutlich sichtbar („demonstrativ") um andere, obwohl er gar nicht sonst so hilfsbereit wirkt (Bedürfnis nach Kontrolle über andere und Anerkennung durch andere);

z. B. spricht ein Patient nicht mehr spontan von sich aus, antwortet vielleicht nur noch einsilbig oder gar nicht mehr auf Fragen, hat keinen Appetit mehr, möchte im Bett bleiben... (Einsetzen des Stillhalte-Selbstaufgabe-Mechanismus).

1.5. **Wie reagieren wir auf derartige Signale?**

Bei einem großen Teil der zuvor beispielhaft erwähnten Verhaltensweisen von Patienten flüchten wir uns – ganz gleich welche Ausbildung oder welchen Beruf wir haben – in organisatorisch-technische Maßnahmen wie beispielsweise Verlegung des Patienten von einem Einzel- in ein Vierbettzimmer oder umgekehrt;

beispielsweise Weitergabe dieser Wahrnehmung vom Patienten an Angehörige einer Berufsgruppe, die hierfür „besser" ausgebildet zu sein scheint, „Spezialisten" sozusagen (Psychiater, Psychologen, Ergotherapeuten, Seelsorger...).

Diese Reaktionen sind sicherlich auch sinnvoll, doch werden sie allein nicht zur Veränderung des Gefühls der Einsamkeit beitragen; **entscheidend ist unter anderem, daß ich dem Patienten persönlich entgegenkomme und nicht nur in meiner beruflichen Funktion als Schwester/Pfleger/Arzt/Pastor/Psychologe und andere.**

Ist dies nicht der Fall, so spiegeln die genannten organisatorischen oder technischen Veränderungen nur unsere eigene Hilflosigkeit im Umgang mit der Hilflosigkeit und Einsamkeit anderer wider (SCHMIDBAUER spricht von den „hilflosen Helfern").

2. **Das Empfinden von Alleinsein oder Einsamkeit tritt bei alten Menschen besonders deutlich in den Vordergrund ihres Fühlens und Denkens.**

Ältere Personen nehmen die Situation oft als Stillstand wahr, das Gefühl „es geht nicht voran" läßt sie alle Aktionen einstellen.

Bei älteren Patienten treten häufig zusätzlich Seh- oder Hörschwächen auf, so daß ein Teil des Gesprochenen oder Sichtbaren von ihnen nicht mehr wahrgenommen wird.

Zu diesem Mangel an Information kommt weiterhin eine teilweise Unfähigkeit zur Aufnahme und Verarbeitung des Wahrgenommenen; in der Folge wird die Aufrechterhaltung sozialer Kontakte als beschwerlich und mühsam erlebt.

Altersbedingte körperliche Beschwerden grenzen den Aktionsradius mit zunehmendem Alter ein, führen zu einer fortschreitenden Isolierung des Einzelnen. Selbst kleine alltägliche Verrichtungen, die z. B. die Zubereitung des Essens, wie Reinigung der Wohnung u. ä. betreffen, werden zur Anstrengung/zur Last.

Von einem Großteil älterer Personen wird die soziale Umgebung so als unfreundlich erlebt: sie entwickeln daher um so weniger eigene Aktivitäten und begeben sich immer mehr in die Abhängigkeit von anderen. Sie werden hilfsbedürftig und erleben sich als hilflos.

2.1. Die Tatsache, daß zur täglichen Körperpflege und zum morgendlichen Anziehen die Hilfe eines anderen benötigt wird, daß der Gang zur Toilette davon abhängig ist, ob jemand Zeit hierfür hat, bedeutet für die meisten einen unwürdigen und demütigenden Zustand. Wir würden es wahrscheinlich ähnlich empfinden.

Zu dieser Wahrnehmung des Ausgeliefert-Seins tritt nun noch das Fehlen einer Zukunftsperspektive hinzu:

- die Minderung des Selbstwertgefühls durch die erlebte Abhängigkeit von anderen;
- das Vorhandensein körperlicher Krankheiten;
- die Wahrnehmung eines Abnehmens der eigenen geistigen Kräfte (Arteriosklerose cerebri);
- die Vereinsamung durch die Beschränkung der Fortbewegungsmöglichkeiten sowie durch das Wegsterben des Verwandten- und Bekanntenkreises

läßt bei vielen alten Menschen die Angst vor einer unerträglichen und sinnlosen Zukunft entstehen.

2.2. **Im Krankenhaus treten diese Ängste und Altersprobleme nicht so deutlich zutage:** der Patient ist noch in einen bestimmten Stationsrahmen und Tagesablauf „integriert". Wir selbst wollen seine Hilflosigkeit vielleicht auch gar nicht so bewußt wahrnehmen und überspielen sie durch gutes Zureden. Von daher ist uns die hohe Selbstmordrate alter Menschen wahrscheinlich auch gar nicht so bekannt.

Deutlicher treten die zuvor genannten Probleme des Alters und Alterns dann zu Hause (oder im Altersheim) auf: morgens und abends kommt vielleicht eine Gemeindeschwester und hilft bei der Körperpflege sowie beim An- und Ausziehen, mittags rollt das „Essen auf Rädern" vor die Tür. Der alte Mensch ist so gesehen rundum versorgt – und doch allein.

Viele haben keinen oder nur selten Besuch, der sich wirklich für sie und ihre Probleme interessiert.

Dies wird auch gemeinsam alt gewordenen Ehepaaren zum Problem; bei ihnen tritt weiterhin unter Umständen eine Sexualproblematik zutage. Generell läßt sich zwar eine allmähliche (keine abrupte) Abnahme sexueller Leistungsfähigkeit und Bedürfnisse feststellen, doch meinen ältere Menschen als Folge eines allgemeinen Vorurteils selbst, für ihre Ehe sei das Geschlechtsleben vorbei. Insofern finden sich auch bei alten Ehepaaren Gefühlszustände der Entfremdung voneinander und der Vereinsamung.

2.3. Betrachten wir die in der Literatur aufgeführten **Selbstmordmotive** bei alten Menschen:

- Abnehmen der körperlichen und geistigen Kräfte;
- Angst vor chronischen Krankheiten;
- Aufgeben des Berufs;
- sexuelle Schwierigkeiten;
- Verlust vieler Bezugspersonen;
- der immer kleiner werdende persönliche „Freiraum".

Alle diese Suizidgründe beinhalten **die Funktionslose Rolle der Alten, die fehlende Zukunftsperspektive sowie die Vereinsamung und Isolation alter Menschen.**

Auf dem Hintergrund zunehmender arteriosklerotischer Veränderungen ist die gefühlsmäßige Verarbeitung dieser Wahrnehmung der eigenen Person und ihrer Umwelt unter Umständen deutlich erschwert: die Toleranz gegenüber derartigen Konfliktsituationen wird erheblich eingeengt. Der Ausweg kann dementsprechend häufig der Selbstmord (-versuch) sein.

2.4. Die prozentuale Selbstmordrate steigt mit höherem Lebensalter deutlich an. 1975 nennt BÖCKER folgende Zahlen:

Alle Männer (Bundesrepublik Deutschland)	28,5 pro 100000
Männer älter als 65 Jahre	59,5 pro 100000
Alle Frauen (Bundesrepublik Deutschland)	15,2 pro 100000
Frauen älter als 65 Jahre	26,3 pro 100000

Das heißt außerdem auch, daß die Suizidgefahr bei Männern deutlich höher ist als bei Frauen. Andere Befunde zeigen, daß die Anzahl der Selbstmordversuche auf einen Selbstmord mit zunehmendem Alter sinkt. In Zahlen drückt sich das in folgender Tabelle aus (nach BÖCKER):

	bis 25 J.	über 65 J.
Auf einen Selbstmordversuch kommen an Selbstmorden ca.	0,05	2,0

2.5. In den meisten Aussagen habe ich die Einsamkeit des Einzelnen in den Vordergrund gestellt. **Welche Konsequenzen sind daraus für unsere therapeutischen Interventionen und unser Verhalten im Umgang mit alten Patienten zu ziehen?**

Neben einer „subtil ausbalancierten, konsequenten medikamentösen Therapie" sollten u. a. folgende Therapieziele verfolgt werden:

- Herstellen einer sogenannten „guten Beziehung" (ernst nehmen der persönlichen

Probleme und Sorgen des Patienten und nicht deren Banalisierung und Infantilisierung der Alten);

- Aufbau von Motivation zu aktivem Verhalten (Durchbrechung des Stillhalte-Selbstaufgabe-Mechanismus);
- Förderung der Selbständigkeit in den alltäglichen Verrichtungen (Wasch-, Anzieh-, Küchen- „Training", Üben von Be- bzw. Entsteigen von Straßenbahn oder Bus, Einüben von richtigem Verhalten im Straßenverkehr beim gemeinsamen Einkauf...);
- Aufzeigen von Möglichkeiten zur Selbstverwirklichung (z. B. Wiederaufnahme von Hobbies);
- Beratung in der Wahl des künftigen Lebensraumes (eigene Wohnung, Altersheim) durch konsequentes Aufzeigen der Vor- und Nachteile;
- Hinweis auf bestehende Altentagesstätten, Altenzentren, Altenklubs und Ermutigung zu deren Benutzung;
- Vermittlung von Hilfen nach dem Krankenhausaufenthalt, Kontaktaufnahme möglichst bereits in der geschützten Umgebung der Klinik (nicht nur Versorgung in bezug auf Essen, Einkaufen und Reinigung der Wohnung, sondern auch so „exotische" Hilfen wie zweimal wöchentlich Spazierengehen mit einem Ersatzdienstleistenden...);
- Bereitstellung von Hilfsmitteln zu Hause durch eine „Mobile Beschäftigungstherapie".

Diese Aufzählung hat sicherlich nur exemplarischen Charakter und muß den entsprechenden Möglichkeiten entsprechend verändert bzw. ergänzt werden. Auf der anderen Seite enthält sie zentrale Ansatzpunkte zur Verringerung der Einsamkeit von Patienten im Krankenhaus und zur Prävention suizidaler Handlungen alter Menschen.

2.6. Neben diesen auf die Lebensumstände außerhalb des Krankenhauses bezogenen Therapiezielen kann eine Förderung des interpersonellen Kontaktes des weiteren durch gruppentherapeutische Interventionen erfolgen, die sowohl als

- Sing-,
- Mal- und
- Spielgruppen

wie auch als

- therapeutische Gruppen mit dem Ziel der Besprechung gemeinsamer im Alter auftretender Probleme eingerichtet werden können.

Vergessen werden sollte hierbei nicht die Unterstützung von sich spontan bildenden „Klöngruppen" auf den Stationen oder die Anregung von Gesellschaftsspielen im Mehrbettzimmer.

Auch das gemeinsame Mittagessen auf Station kann eine Möglichkeit zur Aufhebung von Einsamkeit im Krankenhaus sein; zugleich ist es unter Umständen Vorbereitung auf die Lebensumstände in manchen Alten- bzw. „Senioren"-Heimen.

Literatur:

BATTEGAY, R. & CAHN, Th. & LUTZ, K. & OSPELT, M. „Gruppenpsychotherapie mit Alterspatienten, gruppendynamische Gesichtspunkte", in: aktuelle gerontologie **6**, 507–517 (1976).

BIRCHER, L. M. „Psychotherapeutische Probleme in der Gerontopsychiatrie", in: aktuelle gerontologie **4**, 475–478 (1974).

BÖCKER, F. „Suizidhandlungen alter Menschen", in: Münch. med. Wochenschr. **6**, 201–204 (1975).

ENGEL, G. „Peut-on mourir d'émotion?-Qui! de joie comme de chagrin", in: psychologie **97**, 37–38 (1978).

FINK, A. „Eine Strafe Gottes", in: ZEITmagazin **40**, 16–27 (1978).

GOFFMANN, E. „Über die Merkmale totaler Institutionen", in: GOFFMANN „Asyle", Suhrkamp Verlag (1973).

LEHR, U. „Der ältere Mensch in der Familie", in: aktuelle gerontologie **5**, 539–550 (1975).

LAING, R. D. „Phänomenologie der Erfahrung", Suhrkamp Verlag (1971).

NASKE, R. & ZAPOTOCZKY, H. G. & ZAPOTOCZKY, K. „Zum Problem alter Menschen in Heimen", in: aktuelle gerontologie **3**, 549–558 (1973).

REINER, A. „Ich sehe keinen Ausweg mehr", Kaiser-Grünewald-Verlag, insb. 138–151 (1976).

SCHMIDBAUER, W. „Die hilflosen Helfer – Über die seelische Problematik der helfenden Berufe", Rowohlt Verlag (1978).

SCHMIDT, U. „Freizeitforschung: Spielen wie die Kinder", in: ZEITmagazin **45**, 78 (1978).

SELIGMAN, M. „Todesursache: Selbstaufgabe", in: psychologie heute **7**, 20–26 (1976).

SMITH, A. „Les bienfaits de l'ennui – les effets de la privation sensorielle", in: psychologie **79**, 45–48 (1976).

STEINMANN, B. „Editorial: Gruppentherapie", in: aktuelle gerontologie **6**, 505–506 (1976).

WIENDIECK, G. „Sozialpsychologische Determinanten des Alters-Suicids", in: Nervenarzt **5**, 220–223 (1970).